

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費支給申請書(第 回目) (入院・通院)

支給決定まで、診療月より3ヶ月以上かかります。

ご確認ください

領収書のコピーを添付してください。外傷の場合は別紙の「負傷原因届」、第三者行為による場合は別紙の「第三者行為による傷病届」を添付してください。複数月の請求をする場合は、ひと月に1枚申請書をご記入ください。

Main application form with multiple sections: 被保険者証の記号・番号, ①被保険者の氏名と印, ②療養を受けた方の氏名生年月日, ③傷病名, ④療養を受けた病院等の名称および所在地, ⑤④の病院等で療養を受けた期間, ⑥⑤の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額, ⑦他の制度により自己負担額相当額または、その一部の支給をうけられるかどうか, 振込先, 受取代理人, 健保組合 (Calculation table), 記入欄 (Qualification dates).

**(記入上の注意)**

- 1 申請書は診療月ごとに作成してください。
- 2 欄の被保険者の印は、本人が署名する場合には不要です。
- 3 (1) ~ 欄は、70歳未満の被保険者・被扶養者に関して、同一月に医療機関別、入院・通院別に自己負担額が80,100円(標準報酬月額が53万円以上の場合は150,000円)を超える自己負担がある場合または同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額(の費用徴収が「有」の場合は、自己負担相当額)が、21,000円を超える自己負担が複数ある場合について記入してください。70歳以上の被保険者・被扶養者に関しては同一月に医療機関別、入院・通院別に全ての自己負担額を記入してください。
- (2) 欄の被保険者が療養のあった月の属する年度(4月から7月診療分については前年度)分の市区町村民税が課税されない場合または、療養のあった月において生活保護法による保護を受けている場合は、(1)の「80,100円」とあるのは「35,400円」となります。
- 4 欄は、他の制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて該当する方に印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に印をつけてください。  
ア.「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給 イ.「児童福祉法」による育成医療の給付等 ウ.「予防接種法」による医療費の支給 エ.「身体障害者福祉法」による更生医療に要する費用の支給 オ.「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付 カ.「結核予防法」による医療の給付等 キ.「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付 ク.「母子保健法」による養育医療の給付等 ケ.「医薬品副作用被害者救済・研究振興調査機構法」による医療費の支給 コ.「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令」による医療費の支給 サ.「知的障害者福祉法」による入所措置等に係る医療の給付 シ.「進行性筋萎縮症者療養等給付事業」による療養の給付 ス.「特定疾患治療研究事業」による医療の給付 セ.「小児慢性特定疾患治療研究事業」による医療の給付 ソ.「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給 タ.「公害医療研究費の国庫補助」による治療費の支給 チ.「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付 ツ.「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給 テ.「感染症予防法」による医療の給付 ト.その他
- 5 欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るものについてのみ記入し、入院時食事療養標準負担額、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。ただし、その額が明確でないときは病院等で支払った金額を記入し、その旨を( )内に記入してください。なお、欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を欄に記入してください。
- 6 下の欄は、今回申請の診療月以前の12月以内に、人材派遣健保にて高額療養費の支給を3回以上受けたことがある場合に、直近3回分についてそれぞれ記入してください。(同一世帯で1年間に4回以上高額療養費が支給されるとき、4回目以降は44,400円(低所得者は24,600円、標準報酬月額が53万円以上の場合は83,400円)を超える自己負担額があれば高額療養費が支給されます)

**(その他の注意)**

- 1 市区町村民税非課税または生活保護の場合、この申請書には、次のいずれかの証明書を添付してください。ただし、この申請書の下欄に証明された場合は、(1)の証明書の添付は必要ありません。  
(1)療養のあった月の属する年度(4月から7月診療分については前年度)分の市区町村民税が課税されない方については市区町村長の課税に関する証明書  
(2)療養のあった月において生活保護法による保護を受けている方については、事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明した保護開始決定通知書、保護変更決定通知書または保護廃止決定通知書の写
- 2 同一年度(上記1の(1)に該当する方については、8月から翌年7月までの間)内において、既にも上記1の証明書等を提出している場合は、同一年度内の療養に係る支給申請に際して上記1の証明書を添付する必要はありません。
- 3 療養費払に係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行ってください。
- 4 欄の費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を証する領収書等を添付してください。
- 5 欄の費用徴収の額と、当該療養のあった月と同一の月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額が21,000円以上(70歳以上の方については当該費用徴収以外の全ての自己負担額)のものとの合算額が80,100円(上記1に該当する場合は35,400円、標準報酬月額が53万円以上の場合は150,000円、また、70歳以上の方については44,400円、上記1に該当することで低所得と認定された場合は24,600円、現役並み所得者の場合は80,100円。ただし、上記1に該当する70歳以上の方で、一定の基準( )を満たすことで低所得と認定された場合は15,000円)を超えていなければ高額療養費は支給されません。  
市区町村民税の基準所得(各所得毎に必要な経費・控除を差し引いたときの所得)がないこと。
- 6 一定の制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。

今回申請の診療月以前1年間に、人材派遣健保にて被保険者として高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月、被保険者証の記号番号	診療月	1 平成 年 月診療分	2 平成 年 月診療分	3 平成 年 月診療分
	被保険者証の記号番号			

市区町村長が証明する欄	の欄の者には平成 年度の市区町村民税が課せられないことを証明する。  市区町村長名	㊟
-------------	---	---